

Contribution à l'étude
des **SUTURES INTESTINALES**
Suture en un plan

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 16 DÉCEMBRE 1957

PAR

GILBERT PRIVAT

né le 12 mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse :

- | | |
|--|---------------------|
| MM. LAPEYRE, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté, <i>Président</i> . | |
| LAPEYRIE, professeur de Technique Opératoire
et Chirurgie Expérimentale à la Faculté. | } <i>Assesseurs</i> |
| JOYEUX, agrégé. | |
| ROMIEU, maître de conférences, agrégé. | |

IMPRIMERIE PAUL DEHAN
MONTPELLIER

1957

Contribution à l'étude
des **SUTURES INTESTINALES**
Suture en un plan

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 16 DÉCEMBRE 1957

PAR

GILBERT PRIVAT

né le 12 mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse :

- MM. LAPEYRE, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté, *Président*.
LAPEYRIE, professeur de Technique Opératoire
et Chirurgie Expérimentale à la Faculté.
JOYEUX, agrégé.
ROMIEU, maître de conférences, agrégé.



Asseseurs

IMPRIMERIE PAUL DEHAN
MONTPELLIER
1957

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraires

MM. VILLARD, L. RIMBAUD, BOUDET,

EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT, PECH, BAUMEL, CARRIEU.

Professeurs

Chaires

Anatomie.....	MM. LAUX.
Histologie.....	TURCHINI, <i>assesseur</i> .
Physiologie.....	HÉDON.
Physiologie appliquée.....	LOUBATIÈRES.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	BÉNÉZECH.
Anatomie pathologique et Médecine expérimentale..	CAZAL.
Microbiologie et Virologie.....	CARRÈRE.
Hist. naturelle méd., Parasitol. et Méd. exotique...	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGÈS.
Pathologie expérimentale.....	PASSOUANT.
Thérapeutique et Clinique des maladies infectieuses..	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	BERT.
Hygiène.....	N.
Médecine légale et Médecine sociale.....	FOURCADE.
Technique opératoire et Chirurgie expérimentale...	LAPEYRIE.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales....	MOURGUE-MOLINES.
Pathologie et clinique propédeutique médicales.....	PUECH.
Clinique médicale.....	GIRAUD, <i>doyen</i> .
—	BOULET.
Clinique chirurgicale.....	LAPEYRE.
—	AIMES.
Clinique obstétricale.....	CADERAS DE KERLEAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	LAFON.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge.....	CHAPTAL.
Clinique de dermatologie et syphiligraphie.....	P. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique urologique.....	TRUC.
Clinique gynécologique.....	ROUX.
Clinique ophtalmologique.....	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale...	TERRACOL.
Clinique pneumo-ptisiologique.....	VIDAL.
Clinique rhumatologique.....	SERRE.
Carcinologie.....	LAMARQUE.
Electro-radiologie.....	BÉTOULIÈRES.

Professorat à titre personnel

Histologie.....	GRANEL.
-----------------	---------

Professeurs sans chaire

Pathologie médicale.....	BOUCOMONT.
Bactériologie.....	RENOUX.

Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice

MM.	MM.
Anatomie..... GUERRIER,	Chirurgie..... JOYEUX, <i>agr.</i>
— <i>m. de c. agr.</i>	— NÈGRE, <i>agr.</i>
Physiologie..... MACABIES <i>m. de c. agr.</i>	— ROMIEU, <i>m. de c. agr.</i>
Bactériologie..... ROUX, <i>m. de c. agr.</i>	— MARCHAL, <i>agr.</i>
Parasitologie..... RIOUX, <i>m. de c. agr.</i>	Obstétrique..... DURAND, <i>agr.</i>
Médecine..... BALMÈS, <i>agr.</i>	Pédiatrie et
— BERTRAND, <i>agr.</i>	puériculture..... JEAN, <i>agr.</i>
— LATOUR, <i>m. de c. agr.</i>	Ophtalmologie..... VIALLEFONT, <i>agr.</i>
— MIROUZE, <i>agr.</i>	Neuro-chirurgie..... GROS, <i>agr.</i>

Chargé de cours à titre permanent

Obstétrique.....	COLL DE CARRERA,
	<i>agrégé libre.</i>

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

dont l'affection m'a été ravie avant ce jour
qui aurait été pour Elle un des plus beaux
de sa vie. Puissent ces pages être le gage d'un
souvenir ému et d'une vive affection.

A MON PÈRE

en signe de reconnaissance pour tant de lourds
sacrifices.

A MA FEMME, A MON FILS

A MES FRÈRES, A MA NIÈCE, A MON NEVEU

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A notre Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR LAPEYRE
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Respectueux hommages pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il daigne trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et vive reconnaissance.

A notre Jury de thèse

M. LE PROFESSEUR LAPEYRIE

Professeur de Technique opératoire et Chirurgie expérimentale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde gratitude.

M. LE PROFESSEUR JOYEUX

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de notre admiration et vive reconnaissance. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude pour le riche enseignement qu'il nous a prodigué tout au long de nos études.

M. LE PROFESSEUR ROMIEU

Maître de conférences agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Hommages respectueux et vives reconnaissance.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier

A MM. LES DOCTEURS GOUT ET AUSSILLOUX

Chirurgiens à Carcassonne

qui m'ont inspiré ce travail. Qu'ils daignent
trouver ici l'expression de ma vive reconnais-
sance et sincère gratitude.

A MM. LES DOCTEURS SÉGUI ET PARAYRE

Médecins à l'Hôpital de Carcassonne

En remerciement pour leurs enseignements
donnés au cours de l'année 1956-1957 à la
Maternité et au Service de Cardiologie de
l'Hôpital de Carcassonne.

A Messieurs les Chirurgiens et Médecins
de l'Hôpital de Carcassonne

A mes Amis de l'Internat de l'Hôpital de Carcassonne

Contribution à l'étude des sutures intestinales : sutures en un plan

INTRODUCTION

Les anastomoses en un plan réalisent un progrès technique considérable en chirurgie digestive et spécialement en chirurgie intestinale.

Cette question nous a paru d'un intérêt pratique très important depuis que nous en avons une expérience plus poussée.

Notre étude aura pour but de montrer les avantages de ces anastomoses, les raisons de leur supériorité sur les autres méthodes classiques, encore toujours valables et enfin les résultats obtenus. Tout ceci plus spécialement en chirurgie colique où leur application a vu modifier et même simplifier énormément la tactique elle-même des exérèses coliques.

RAPPEL DES PROCÉDÉS CLASSIQUES DES SUTURES INTESTINALES

D'après QUENU, il existe environ trois cents procédés ou sous-procédés inventés, oubliés, réinventés au cours des siècles. Nous allons succinctement rappeler les techniques classiques employées couramment.

I. — *Surjet et points séparés.*

De nos jours, beaucoup de chirurgiens préfèrent le surjet plus rapide, plus hémostatique et plus étanche. Le risque de sténose est moins grand si on le mène sur des bords tendus par des fils d'appui. Un avantage est que la tension est répartie uniformément sur toute la longueur de suture. Les différents modes de surjets décrits (du pelletier, de Lembert, de Schmieden, de Connel-Mayo, de Gély) sont toujours à l'honneur.

Les points séparés présentent les avantages suivants que R. TOUPET a résumé ainsi :

1° Anastomose élastique et perméable avec eux. L'œdème et l'occlusion secondaire sont évités.

2° Ils facilitent l'anastomose bout à bout des segments intestinaux de calibre très réduit.

3° Les points séparés permettent l'anastomose bout à bout de segments intestinaux de calibre dissemblable.

4° L'anastomose à points séparés est souvent plus facile quand il y a impossibilité à extérioriser les segments à anastomoser.

5° Facilité d'élimination.

Tout ceci sera valable pour la suture en un plan. Le seul inconvénient de ces points séparés est la lenteur de l'opération, mais ceci est secondaire surtout pour un chirurgien entraîné à cette technique.

On emploie soit le point simple noué dans la cavité, soit le point en U de Connel noué aussi dans la cavité.

II. — *Sutures en deux plans.*

A) Technique de l'adossement séreux.

On fait d'abord un plan de suture totale qui prend toutes les tuniques, puis un plan de suture séreuse.

— *Suture totale*. — On fait le surjet « total postérieur » sur les deux tiers postérieurs. On réalise déjà d'emblée l'adossement séro-séreux puisqu'on pique muqueuse, musculieuse et séreuse d'un côté puis séreuse, musculieuse et muqueuse de l'autre.

Sur les quelques centimètres antérieurs restant, on peut employer le procédé de Toupet qui réalise l'inversion préalable de la muqueuse par deux fils d'appui séro-séreux.

— *Suture séreuse*. — On enfouit la suture précédente par un dernier plan qui n'est pas strictement séreux, puisqu'il prend outre le péritoine une petite épaisseur de la tunique musculaire.

B) Technique de l'affrontement bord à bord.

On pratique ici deux sutures bord à bord superposées, l'une sur la muqueuse, l'autre sur les couches musculaires.

La suture de la muqueuse est faite par un surjet très lâche au catgut.

Les autres tuniques au contraire sont rapprochées par un surjet très serré. On doit avant préparer les deux tranches intestinales des deux bouts : exciser la muqueuse qui fait ectropion, éplucher soigneusement les débris graisseux. Un point très important : on doit prendre toute la sous-muqueuse sans piquer la muqueuse.

On peut faire aussi, par exemple dans la rectosigmoïdectomie une recto-colorraphie termino-terminale en deux plans de la façon suivante :

Deux points d'angle seront d'abord placés pour établir le « bâti ».

Puis les points postérieurs d'accolement en U mordant franchement la tunique musculo-séreuse seront posés au nombre de six ou sept environ et ne seront serrés que lorsqu'ils auront été tous mis en place.

Ce premier plan postérieur musculo-séreux sera renforcé par un second plan total ou muco-muqueux selon l'étoffe dont on dispose.

Le premier plan antérieur pratiquement total est fait à points inversants pour diminuer l'ectropion muqueux.

Le second plan antérieur consiste en une série de points musculo-séreux en U qui enfouissent le plan précédent.

Ainsi se trouve réalisée une suture en deux plans, exacte et non sténosante.

Cette technique est supérieure à celle de l'adossement puisque cette dernière prend la muqueuse très fragile dans le plan de suture totale. Or, celle-ci très friable est vite coupée et sphacélée, d'où l'infection des tuniques. Enfin, souvent, vu l'absence de séreuse en divers points du tube digestif, on ne peut réaliser cet adossement séro-séreux.

III. — Sutures en trois plans.

Ici on met sur la muqueuse un surjet d'affrontement peu serré au catgut 00.

Sur la tranche de paroi située entre la muqueuse et la séreuse, des points séparés au fil de lin.

Enfin, sur la séreuse un surjet d'enfouissement au fil de lin.

IV. — Sutures en un plan.

Enfin, la suture en un plan que l'on peut faire remonter à REYBARD qui réalisa en 1833 une résection de l'anse sigmoïde avec calographie immédiate termino-terminale en un temps.

RAPPEL HISTORIQUE

1° Communication de GAMBEE aux U.S.A., le 20 février 1956, faisant état devant la Pacific Coast Chirurgical Association, de dix ans d'expérience de la suture digestive en un plan.

2° En France, article de JOURDAN : 300 observations en octobre 1951, suivies l'année suivante de son livre sur le même sujet.

3° Communication de THOMERET, 8 décembre 1954, à l'Académie de Chirurgie : 10 cas de colectomies en un temps.

4° Ensuite, les communications se sont succédées à l'Académie de Chirurgie. Avril 1957, communications de multiples chirurgiens : HEPP, VAUCLIN, DELANNOY, THOMERET, MERCADIER, COMINAUD, HAYRY SEYLON, SINASI EREL.

L'intérêt des observations des malades présentées dans notre thèse réside dans le fait :

- 1° qu'elles sont pour la plupart anciennes, début 1954 ;
- 2° qu'elles font foi par la constance des résultats obtenus : aucun décès post-opératoire ;
- 3° que les suites opératoires immédiates ont été particulièrement simples.

Ceci nous a amené à préciser les règles générales de cette technique des sutures en un plan.

LA TECHNIQUE ELLE-MÊME

La suture est faite à l'aiguille droite sertix fil de lin n° 0, à points séparés inversants noués à l'intérieur de la lumière intestinale. L'aiguille charge les trois tuniques, ne prenant que très légèrement la muqueuse (on sait, en effet, qu'elle se reconstitue spontanément en six heures environ).

Dans les observations de JOURDAN, l'aiguille ne prend pas la muqueuse. Nous pensons que ceci est d'une importance secondaire.

Les points sont commencés au niveau de la zone du méso et suivent régulièrement de proche en proche, distants de deux à trois millimètres, toujours noués à l'intérieur de la lumière intestinale, ce qui représente un avantage pour leur élimination future. On ne doit pas nouer avec une trop grande traction.

Mais, en dehors de la technique elle-même de suture, d'autres conditions de succès nous paraissent capitales pour les anastomoses coliques, à savoir :

1° Ne suturer que des tranches intestinales saines, bien vascularisées saignant bien, non traumatisées par des clamps écrasants (on met deux clamps souples à coprostase à distance pendant le temps de suture).

On fera une bonne hémostase des tranches coliques qui, nous l'avons dit, doivent saigner en jet (catgut 00).

2° Enfin, il faut absolument éviter toute tension de l'anastomose et donc avant de la réaliser, il faut s'assurer que les deux extrémités viennent facilement au contact l'une de l'autre sans traction. Par exemple, dans toutes les tumeurs du côlon gauche, nous pratiquons systématiquement l'hémi-colectomie gauche avec décollement de l'angle splénique (section du ligament suspenseur) toujours facile

par la grande incision gauche jusqu'à la onzième côte, et lordose lombaire accentuée ; on attaque, d'une part par le centre de l'arrière-cavité des épiploons, d'autre part, de bas en haut, le long du descendant en décollant le fascia de Tolit. Cette hémicolectomie gauche permet la suture du milieu du transverse toujours bien vascularisé par l'arcade de Riolan et la colica média (système de la mésentérique supérieure) à la charnière recto-sigmoïdienne, cette portion dépendant du système des hémorroïdales moyennes et inférieures. La définition de SOUPAULT « résection en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité par suture bout à bout sans dérivation aucune des matières, ni préalable, ni temporaire », est ainsi réalisée.

3° Un autre facteur de succès qui nous paraît important est l'absence d'extra-péritonisation de la suture qui est abandonnée en plein ventre, le péritoine se défendant mieux que le tissu cellulaire.

4° La paroi abdominale est entièrement refermée sans drain au contact des sutures. On ferme ici en trois plans en utilisant du fil métallique sur le plan aponévrotique : ce fil métallique, parfaitement toléré, met à l'abri des éventrations. On met uniquement un drain lombaire pour injecter des antibiotiques.

5° On assure la vacuité de l'estomac par une sonde diteduodénale introduite pendant l'opération (ou avant en cas d'occlusion) qu'on laisse en place jusqu'à l'émission des premiers gaz.

6° Une dilatation anale forcée, et parfois la mise en place d'un gros tube dans le rectum ne remontant pas au-delà de la suture assure une vidange facile de ce qui reste et évite ainsi la mise en tension de l'anastomose.

7° Enfin, la préparation du malade lorsque le cas n'est pas urgent est importante.

a) Bilan humoral habituel.

b) Désinfection de l'intestin par sulfamides ou antibiotiques à visée intestinale, évacuation enfin par laxatifs doux non irritants.

c) Régime hyperprotidique pendant quelques jours. On connaît, en effet, le rôle des protéines dans la cicatrisation des tissus. Or, ces dernières sont très mal fixées pendant la phase catabolique post-opératoire.

d) Du côté anesthésie : l'état du malade plus que la façon dont le chirurgien fait ses sutures, doit guider l'anesthésiste. Sans entrer dans le détail d'indication ou de choix de technique, il y a intérêt, dans cette chirurgie intestinale qui est surtout l'apanage de malades âgés ou déficients, de faire une intubation trachéale, de la curarisation avec respiration assistée et de la neuroplégie plus ou moins poussée.

ETUDE PHYSIOPATHOLOGIQUE

Du point de vue physiopathologie, l'intérêt de la suture en un plan nous paraît être le suivant :

Un deuxième plan séro-séreux d'enfouissement entraîne dans les jours qui suivent l'opération, l'existence d'un œdème souvent très important entre les deux plans, cet œdème arrivant à boucher complètement la lumière intestinale d'où la nécessité d'une fistule sus-jacente, soit d'une deuxième intervention pour dériver que nous n'utilisons jamais dans notre méthode. D'autre part, cette sérosité entre les deux plans est en contact entre chaque point avec la cavité intestinale plus ou moins septique d'où la possibilité de formation de micro-abcès à l'origine de déhiscence ou de fistule. Quoique ces fistules stercorales ne soient jamais importantes et toujours temporaires, c'est tout de même dangereux vu le risque de retentissement péritonéal.

Dans toutes nos interventions, selon la méthode en un plan, nous n'avons enregistré aucune occlusion secondaire,

aucune suite troublée soit par fistule, soit par déhiscence des parois.

En effet, les anastomoses élastiques (pas de surjet) évitent l'œdème de la bouche à l'origine des complications.

Nous avons toujours eu l'obtention des gaz spontanés à la quarante-huitième heure ou avec dilatation anale. L'émission de selles au troisième jour, parfois après un simple suppositoire à la glycérine le quatrième jour.

L'aspiration gastrique est prolongée jusqu'à l'émission des gaz et est biologiquement compensée par une hydratation tenant compte des pertes ioniques. On donne des hydrolisats de protéines qui complètent l'alimentation hyperprotidique de la phase préopératoire, si on a pu la faire et on essaye de freiner le catabolisme azoté par un régime hypercalorique associé avec une vitamino-thérapie polyvalente. L'alimentation orale peut être progressivement mais très rapidement reprise.

Les observations qui vont suivre n'ont de valeur que sur le point précis de la technique, seules les suites opératoires immédiates sont donc à considérer et non la survie éloignée.

Elles ont été relevées soit dans le service de chirurgie de l'Hôpital de Carcassonne qui dépend de la Faculté de Médecine de Montpellier, soit en clinique privée. Les docteurs GOUT, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris et AUSSILLOUX, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Montpellier, ont bien voulu m'autoriser à les publier.

Docteur GOUT : 11 observations personnelles.

Anesthésie : Docteur JAVELAUD.

OBSERVATION n° 1.

7-10-54. — M^{me} G...

Entre en clinique pour péritonite avec « ventre de bois ».

On fait une laparatomie médiane. On trouve beaucoup plus de pus provenant de la rupture d'un abcès rétro-colique situé en arrière d'une néo-formation du sigmoïde (vérification histologique Docteur GUIBERT).

On met un Mikulicz et sous protection antibiotique, on obtient la guérison.

13-11-54. On fait une grande incision gauche. On résèque l'anse sigmoïde et on décolle le descendant afin que l'anastomose ne tire pas. La suture termino-terminale en un plan est faite. On referme la paroi avec mise en place d'un drain lombaire.

Les suites sont simples. On a des gaz le deuxième jour et une émission de selle spontanée le quatrième jour. La température n'a pas dépassé 38°.

OBSERVATION n° 2.

2-11-54. — M. S...

Malade entrant pour péritonite généralisée.

On pratique une laparatomie médiane. On trouve des matières dans le ventre en grande quantité. On lave le péritoine aux antibiotiques à l'aspirateur. Ensuite, on extériorise une néoformation située sur le sigmoïde. Immédiatement au-dessous siège la perforation. Mikulicz par l'incision médiane et antibiotiques par voie parentérale. Guérison.

2-12-54. On réintervient : grande incision gauche jusqu'à la onzième côte circonscrivant l'anus que l'on extirpe avec

la pièce. On trouve alors un deuxième néo sur le descendant.

L'hémi-colectomie gauche avec suture en un plan recto-transverse est réalisée. Les suites sont simples : gaz le troisième jour, selle avec un suppositoire à la glycérine le lendemain.

OBSERVATION n° 3.

7-4-55. — M^{me} V...

Cette malade avait présenté deux mois auparavant un infarctus du myocarde vérifié à l'électrocardiogramme.

Depuis quelque temps, troubles du transit digestif qui amènent la malade à faire une exploration radiologique du cadre colique (lavement baryté). On trouve une image lacunaire sur le sigmoïde d'où suspicion d'une néo-formation.

Après une préparation de quatre jours, on intervient par une grande incision gauche. On extirpe la tumeur et on fait une hémi-colectomie gauche avec suture transverso-rectale.

Suites simples : la malade sort du service douze jours après.

OBSERVATION n° 4.

M^{me} G...

Entre dans le service pour néo du côlon droit confirmé par la clinique et l'examen radiologique.

Après quelques jours de préparation, on intervient.

On pratique une hémi-colectomie droite, avec suture termino-terminale en un plan. Fermeture de la paroi avec mise en place d'un drain lombaire pour injecter des antibiotiques ; les suites sont simples, la température n'a pas dépassé 38°5, la malade sort 15 jours après.

OBSERVATION n° 5.

M. G...

Intervention ici aussi pour néo du côlon gauche.

On pratique une hémicolectomie gauche avec suture en un plan transverso-rectale.

Drainage lombaire, suites simples.

OBSERVATION n° 6.

M. B...

26-4-56. Sigmôidite en voie de perforation avec réaction péritonéale importante. Mikulicz au contact. Guérison.

14-6-56. Devant les signes radiologiques de diverticulite sigmoïdienne, on pratique une hémicolectomie gauche avec suture en un plan transverso-rectale. Mise en place d'un drain lombaire. Suites simples.

OBSERVATION n° 7.

M. P...

16-6-56. Malade déjà opéré plusieurs fois (Docteur BRUN). Gastro-entérostomie. Dragstedt puis fistule colique ayant duré trois mois. Actuellement, ulcère peptique et deuxième ulcère haut situé de la petite courbure.

Intervention difficile en raison de l'adhérence intime du transverse à la paroi (ouverture de celui-ci au moment de l'incision).

L'ulcère peptique existe au niveau de l'anse afférente à deux centimètres de la bouche.

On pratique une dégastro-entérostomie avec résection large de l'anse intestinale.

Gastrectomie subtotala pour énorme ulcère juxta-cardiaque. Résection du un tiers moyen du transverse avec suture sans tension. Sutures en un plan selon la technique. Fermeture sans drainage. Suites simples malgré une complication pulmonaire.

OBSERVATION n° 8.

M^{me} B...

Malade entrant pour néo du sigmoïde (confirmation radiologique).

On intervient par une grande incision gauche jusqu'à la onzième côte. On fait l'hémi-colectomie gauche typique (suture du milieu du transverse à la charnière recto-sigmoïdienne).

Les suites sont sans incident : gaz le troisième jour, selles le lendemain. L'aspect macroscopique de la tumeur est significatif.

OBSERVATION n° 9.

M^{me} C...

15-3-57. On pratique un Mac Burney pour péritonite appendiculaire. En fait, il s'agit d'une péritonite par perforation d'un néo du tiers moyen du transverse.

Grand lavage du péritoine aux antibiotiques à l'aspirateur. Mikulicz dans l'incision droite. Extériorisation du néo du transverse sur la ligne médiane avec anus *in situ*. Suites simples.

17-4-57. Réintervention. Grande médiane circonscrivant l'anus. Colectomie totale avec suture du rectum à l'iléon à vingt centimètres de la valvule. Un drain lombaire gauche est mis en place. Suture en un plan selon la technique. Suites simples.

OBSERVATION n° 10.

M^{me} P...

2-4-57. Incision médiane sous-ombilicale pour péritonite avec troubles du transit (néo possible du sigmoïde). En fait, péritonite par diffusion d'un abcès du Douglas en rapport avec un kyste de l'ovaire abcédé adhérent au grêle

au fond du Douglas. M^{me} P... avait subi, il y a 15 ans, une intervention d'hystérectomie avec conservation ovarienne droite par le Professeur LERICHE.

Résection de soixante centimètres de grêle avec suture en un plan. Mikulicz dans le Douglas. Suites simples.

OBSERVATION n° 11.

M^{me} G...

3-9-57. — Grande incision gauche pour occlusion par arrêt du lavement baryté au niveau de l'angle splénique. A l'intervention néo de l'angle splénique occlusif, mais mobile avec grande dilatation du transverse.

On pratique une hémicolectomie gauche avec suture transverso-rectale sans tension malgré l'incongruence des deux bouts. Mise en place d'un drain lombaire. On vide à l'aspirateur le transverse et l'ascendant. Suites simples pour le transit intestinal.

Apparition au sixième jour d'une fistule peu importante à la partie moyennée de la cicatrice sans réaction générale. La malade est à la clinique et la fistule paraît de moins en moins abondante. Nous pensons qu'elle sera de courte durée.

* * *

Docteur Jean AUSSILLOUX : 6 observations personnelles.

OBSERVATION n° 1.

M^{me} S..., 65 ans environ.

Admise en clinique le 31-8-56 pour occlusion de la fin du grêle, localisée radiologiquement (Docteur ESCARGUEL). Incision iliaque droite. Présence d'une bride sous-cæcale dont la section paraît libérer la valvule. Appendicectomie. On note quelques nodules scléreux au niveau de l'accolement cæco-pariétal, mais extra-cæcaux. Un fragment est prélevé pour analyse. Pas de drainage.. Suites simples. Rétablissement du transit digestif sans difficulté.

L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique. La malade sort opératoirement guérie dans les délais normaux. Elle revient le 28 septembre pour une fistule de la plaie opératoire. Ecoulement abondant de liquide intestinal par fistule du grêle ou du cæcum. Devant la persistance de la déperdition liquidienne et son danger, on décide une exclusion bilatérale par iléo-transversostomie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Section de la dernière anse iléale assez dilatée et fermeture du bout dialal à la Mayo. Section du côlon transverse, qui est tout petit, et même opération. Ensuite, on fait une anastomose termino-terminale iléo-colique par points séparés au fil de lin à l'aiguille sertie. Fermeture sans drainage.

Les suites sont simples et l'état général de la malade se remonte rapidement. Elle revient chez elle en attendant le dernier temps.

Le 16 octobre 1956, hémicolectomie droite. Suture par un surjet de la plaie non encore fermée et qui est très externe. Incision classique de colectomie, en dedans de cette plaie. L'abdomen ouvert, on repère les deux sections faites. Celle

de l'iléon a contracté une adhérence avec une anse grêle, facilement libérée. L'anastomose iléo-colique a très bon aspect. Après avoir libéré de l'épiploon le bout colique fermé, on se porte en dehors et on décolle le côlon d'arrière en avant. Le clivage se fait bien jusqu'au psoas. On note quelques petites greffes néoplasiques en pastilles sur le méso. L'exérèse passe le plus loin possible au ras de l'estomac et du duodénum ainsi que du pôle inférieur du rein. Section et hémostase. Drain de Mikulicz dans le décollement. On excise enfin la plaie initiale septique par où va passer le drainage.

Anesthésies des trois temps par le Docteur JAVELAUD (pento curare 02). L'examen de la pièce montre une tumeur sténosante du bas-fond cæcal en chou-fleur, débordant la valvule iléo-cæcale.

Les suites opératoires sont faciles. La malade sort de la clinique dans des délais favorables, mais plusieurs mois après, cinq mois environ, elle présente un envahissement de tout le flanc droit par une énorme tumeur et ne tarde pas à mourir.

OBSERVATION n° 2.

M. R..., 60 ans.

Accidents subocclusifs, essentiellement douloureux, localisés à la partie droite du transverse qui présente une image lacunaire typique. On décide une hémicolectomie droite. Incision costo-pubienne. La tumeur paraît d'abord assez mobile, mais en arrière elle adhère avec le duodéno-pancréas. Adénopathie latéro-aortique étendue vers le haut. Décollement épiploïque et ablation de la moitié droite de l'épiploon, ou plus précisément des deux tiers. On commence ensuite le décollement du cæcum et on remonte vers la tumeur après avoir sectionné l'iléon. La difficulté siège au duodénum intimement adhérent à la tumeur, mais qu'on parvient à dégager. Il est impossible d'extirper en totalité l'adénopathie qui peut être considérée en partie

comme inflammatoire. Section du côlon. Hémostase. Anastomose iléo-colique termino-terminale en un seul plan de fil de lin. L'incongruence des deux bouts est corrigée par une incision du grêle. Suture très satisfaisante. Un drain lombaire pour instillation d'antibiotiques. Suture en trois plans sans autre drainage. Anesthésie Docteur JAVELAUD (pento curare o2).

Suites très simples. Le malade quitte la clinique le quatorzième jour, complètement cicatrisé. Emission facile des gaz le troisième jour.

La pièce opératoire n'a pas été examinée histologiquement. Son allure en chou-fleur semblait assez démonstrative.

Actuellement, le malade est en bonne santé.

OBSERVATION n° 3.

M. N..., 40 ans.

Syndrome clinique complexe comportant chez un ancien amibien :

- une anémie intense, ayant occasionné la première consultation médicale. Il avait alors 1.200.000 globules rouges ;
- une image gastrique très suspecte à la radiographie ;
- cliniquement un syndrome douloureux à type surtout de troubles coliques à caractère subocclusif avec du méléna. Radiologiquement, cæcum haut situé et mal imprégné ;
- vésicule normale.

Le 30 juillet 1957, incision paramédiane épigastrique droite, se proposant d'explorer à la fois l'estomac et le cæcum. On tombe immédiatement sur une tumeur de l'antrum pylorique, bosselée, dure, mobile, de la grosseur d'une mandarine et portant sur sa face antérieure une petite perforation. On suppose que cette perforation a dû se faire au cours des manœuvres d'exploration car il n'y avait à l'ouverture du péritoine ni gaz ni liquide. On ne trouve que très peu de réaction ganglionnaire. On explore alors la fosse iliaque

droite et la main ramène une grosse tumeur constituée par le bas-fond cæcal et l'appendice. Tumeur dure ayant provoqué une invagination cæco-colique que l'on ne peut réduire.

On se décide après réflexion pour une gastrectomie, imposée immédiatement par la perforation et on fera ensuite une hémicolectomie. Gastrectomie de type Finsterer classique en trois plans de sutures au lin suivant notre technique habituelle : décollement colo-épiploïque et résection gastrique des deux tiers avec anastomose trans-méso-colique. Fermeture du duodénum à la Mayo.

On procède ensuite à une hémicolectomie droite facilitée par l'ablation déjà faite du grand épiploon et la mobilisation de l'angle colique. Section de l'iléon à vingt-cinq centimètres environ de la valvule, fixée à cette distance par la constatation de petites nodosités dures dans le mésentère, mais s'étendant malheureusement au-delà. Section du côlon transverse et anastomose iléo-transverse termino-terminale en un seul plan de sutures au fil de lin.

Drainage par un drain de caoutchouc 35 par contrainction lombaire pour instillation d'antibiotiques. Fermeture complète de la paroi sans autre drainage.

Anesthésie Docteur JAVELAUD. Transfusion préopératoire un litre.

Suites opératoires excellentes. La température ne dépasse pas 38°. Emission des gaz au bout de trois jours.

Histologie : Lymphosarcome malin (Docteur GUIBERT).

OBSERVATION n° 4.

M^{me} M..., 45 ans.

Admise à l'Hôpital de Carcassonne pour une occlusion intestinale constituée par un volvulus du côlon sigmoïde. Laparatomie médiane et simple détorsion de l'anse qui est volumineuse, mais en bon état. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires simples. Mais devant la menace

d'une occlusion nouvelle, on décide dans un deuxième temps de pratiquer une résection segmentaire du côlon sigmoïde. Laparatomie latérale gauche. Section du côlon et anastomose termino-terminale colo-colique par une suture en un seul plan au fil de lin, sans drainage.

Les suites opératoires sont faciles. Emission des gaz au bout de quarante-huit heures. La malade quitte l'Hôpital environ vingt jours après l'opération.

OBSERVATION n° 5.

M. T..., 72 ans.

Syndrome rectal avec émission de glaires et de sang. Au toucher, tumeur sur laquelle est faite une première biopsie qui conclut à une tumeur villeuse. Mais quelques jours après, les troubles disparaissent et la tumeur est inaccessible au toucher. Plus tard, une nouvelle biopsie est faite par rectoscopie et l'examen affirme un épithélioma cylindrique (Docteur GUIBERT). On décide l'intervention, se proposant de faire une exérèse du rectum large. Préparation à l'huile de ricin et au Thiacyl. Pendant cette période de préparation, nouvelle crise d'épreintes et réapparition de la tumeur dans l'ampoule rectale. Le lendemain, 3 octobre 1956, avant l'intervention, dilatation anale : la tumeur a encore complètement disparu. Incision médiane sous-ombilicale prolongée à gauche vers les côtes. On constate qu'il s'agit d'une tumeur pratiquement sténosante sur le sommet de l'anse sigmoïde qui est longue. Au-dessous le rectum est indemne. Il porte seulement des suffusions hémorragiques et un piqueté attribuables, pensons-nous à une invagination colo-rectale actuellement réduite. On se décide alors pour résection segmentaire type Reybard. Section de l'anse à ses deux pieds sous clamps à coprostase. Malgré la préparation, le côlon en amont est plein de matières. Hémostase des pédicules. Anastomose termino-terminale en un plan de sutures au fil de lin. Un drain lombaire pour injections d'antibiotiques et fermeture sans autre drainage.

La tumeur est grosse comme une noix, en chou-fleur.

Les suites sont aussi simples que possible et le malade quitte la clinique au bout de douze jours. Il est actuellement en excellente santé.

OBSERVATION n° 6.

M^{me} D..., 77 ans.

Hypertendue habituelle. Elle est admise en clinique pour un syndrome douloureux abdominal intense avec chute tensionnelle. L'abdomen devient ensuite moins douloureux. Il n'y a ni contracture ni météorisme, mais il y a de la défense au palper appuyé. Pas de gaz. Le 23 mai 1957, intervention avec le diagnostic d'infarctus intestinal. A l'ouverture du péritoine, présence de sang dans le péritoine. Il s'agit bien d'un infarctus portant sur cinquante centimètres de grêle, commençant à trente centimètres de la valvule iléo-cæcale. Il est limité par la striction d'une bride épiploïque qui comprime les deux pieds de l'anse, mais surtout le mésentère et reconnaît donc une origine en grande partie mécanique. Les lésions paraissent irréversibles et l'on se décide à une résection malgré la précarité de l'état général. La tension artérielle est à 8. On réalise une anastomose termino-terminale en un seul plan au fil de lin à points séparés et on ferme la paroi sans drainage. A noter que dès l'obstacle levé, la tension est remontée aux environs de 14.

Suites simples. Emission des gaz au troisième jour et la malade quitte la clinique vers le quinzième jour. Elle est actuellement en bonne santé.

CONCLUSION

Pour toutes les raisons énoncées, depuis longtemps nous pratiquons cette technique lorsqu'il s'agit de chirurgie colique, c'est-à-dire dans :

- les hémicolectomies droites ;
- les hémicolectomies gauches ;
- les colectomies totales ;
- les rectosigmoïdectomies.

On peut aussi étendre la méthode au niveau de l'estomac. Mais là, nous pensons que pour l'opération de Pean, il vaut mieux les deux plans.

Peut-être la seule difficulté de cette technique est-elle la suture à points séparés très proches l'un de l'autre afin d'avoir une étanchéité parfaite. Ceci est vrai pour un jeune chirurgien non averti, mais avec une grande habitude, on arrive à suturer rapidement et ainsi à diminuer le temps opératoire.

Ceci ne veut pas dire que nous oublions complètement la suture en deux plans, réalisée correctement en essayant de charger le moins possible de tissu afin d'éviter une diminution trop importante de la lumière intestinale. Mais nous pensons que cette suture en un plan est une technique qui a une grande place en chirurgie intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

- *Semaine des Hôpitaux*, septembre 1956, n° 9. La rectosigmoïdectomie pour cancer par voie abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité, technique, résultats, indications par R. PEYCELON et P. REPLUMAZ.
 - *Semaine des Hôpitaux*, mars 1957, n°s 5 et 6. 50 hémicolectomies droites pour cancer, par Jean QUENU et Jean BIENAYMÉ.
 - *Semaine des Hôpitaux*, juillet 1957, n°s 13 et 14. La résection par voie abdominale des cancers recto-sigmoïdiens, par P. BERTRAND, J. FRANCILLON, E. SAUBIER et H. FERNOUX.
 - *Traité de Technique Chirurgicale*, tome IV, par QUENU, OBERLIN, ISELIN. Sutures intestinales.
-

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction.	7
Rappel des procédés classiques des sutures intestinales.	7
Rappel historique.	10
La technique elle-même.	12
Etude physiopathologique.	14
Observations.	16
Conclusion.	27
Bibliographie.	28

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude
des Sutures intestinales :
Suture en un plan

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 29 novembre 1957
LAPEYRE

Vu :

Montpellier, le 1^{er} décembre 1957

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 2 décembre 1957

Le Recteur.

J.-F. ANGELLOZ

*La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme
propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni
improbation.*

